Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

不可撤銷的教育信托
IRREVOCABLE EDUCATIONAL TRUST

戶主姓名
個案號碼

1. 此教育信托協議作出於此第 _____ 天，在☐_____月，199 _____.

2. 此信托協議作出者是 _____, **立信托人**（ GRANTOR ），以及☐_____**被信托人**（ TRUSTEE ），為未成年子女的利益，_____☐**受益人**（ BENEFICIARY ）。

3. **立信托人**已經轉移了 $_____ 給**被信托人**。這些資金，以及任何可能增加的補充資金，只能由**被信托人**根據下列限制和條件為**受益人**的利益持有、管理和分配。

4. 該信托的申明目的是為了滿足**受益人**的未來教育需求。 **被信托人**認證在信托期間，他將有唯一的處理權，只能為**受益人**的教育需求分配信托中的資金。

5. **被信托人**必須將此信托的資金保持在一家銀行或其它財務機構，這家機構必須通過美國政府的一個機構有完全的保險。

6. 此信托協議是一個不可撤銷協議。此信托不得為**受益人**是其成員的援助單位的**任何**成員的任何目的（ 除了**受益人**的教育之外 ）而動。任何分配**僅僅只能**用於**受益人**的教育需求。無論是**立信托人**，還是**被信托人**，均無權改變此信托的任何條件。

7. 此信托終結於所有的資產用盡，或者**受益人**去世之時。如果**受益人**死亡，此信托即結束，資產將分配給☐_____**余額受益人**。

戶主姓名
個案號碼

8. 這是一個反揮霍信托。此信托的**受益人**不能轉移或抵押他（她）在這個信托中的利益。此信托中的**受益人**的所有利益均不得以任何形式被**受益人**的債權人索償。

9. 如果**被信托人**沒能或停止服務，_____ 將成為**繼任被信托人。**

10. 華盛頓州的法律控制此信托協議的執行與解釋。

被信托人，_____，接受此任命。

於此第☐_____ ☐天，_____月，199 _____.

_____
被信托人

STATE OF WASHINGTON)
) ss.
COUNTY OF _____)

為此文件中提到的用途與目的，我證明我知道，或者我有令人滿意的證據表明 _____ 簽署了這一文件，并且承認這是他的自由與志願的行為。

於此第☐_____ ☐天，_____月，199 _____.

_____
華盛頓州**公證人**
居住於 _____.
我的任命過期於_____.